

Rahvusvaheline ekspert: tervishoiu rahastamises jalutab Eesti kaljult alla

Terviseekspert Anne Stæhr Johansen on nõustanud Maailma Terviseorganisatsiooni ning Maailmapanka, samuti andnud eksperdina nõu 20 riigile. Eesti tervisevaldkonnale on vaja strateegilist juhtimist, rohkem tervishoiutöötajaid ning suuremat tähelepanu registritele, ütles ta Med24 toimetaja Eli Lillesele antud intervjuus.



Anne Stæhr Johansen
Foto: Andres Tennus, Tartu Ülikool

Millised on tervishoiusüsteemi väljakutsed kõikjal maailmas?

Paljude riikide tervishoiusüsteemid on üles ehitatud ravile ega ole mõeldud haiguste ennetamisele, elustiili muutmisele või patsientide harimisele, kuidas oma haigust ise kontrolli all hoida. Selline süsteem on väga kulukas, suurema sissetulekuga riikide jaoks isegi hukatuslik. Näiteks kulutavad diabeediravis haiglaravile ja tüsistustele keskendunud riigid palju rohkem kui riigid, kes panustavad ennetusele.

Väljakutse on, kuidas muuta inimeste mõtteviisi tervisesse ja tervishoidu suhtumises. Arstid on seni oma rolli näinud ravimi andmises või teatud tüüpi ravi määramises. Fookus peab liikuma arusaamisele, et arsti roll on ka veenduda, et patsient käitub arsti nõuannete järgi. Arstid peaksid leidma viise, kuidas patsienti motiveerida käitu-

mist muutma panna, ja õpetama haigust kontrollima.

Ka tervishoiukorraldajad peavad mõistma, et süsteem vajab muutust, rahastama peab varasemast teistsuguseid tegevusi. Tavapäraselt on ennetusele kulunud vähem ressursi ja seda peab suurendama. Senisest jõulisemalt tuleb maksustada tervist kahjustavat käitumist maksutõusu kaudu, mis puudutab sigarette, alkoholi, suhkrut ning küllastunud rasvadega seotud tooteid.

Eesti probleemiks on mitmete tervishoidu toetavate spetsialistide puudumine. Näiteks puudub toitumisnõustajate ametlik õppekava. Vaja on patsiendi nõustamisega tegelevaid spetsialiste, mitte tervisedendajaid, aga spetsiaalse väljaõppega õdesid, kes tegeleksid näiteks diabeedipatsientidega. Patsiente peab rohkem kaasama ja n-ö võimestama, sest tervisekäitumise muutus algab nendest.

Millised oleksid Teie soovitud Eestile?

Paljud tervishoiujuhid ja administraatorid käsitlevad kliinilisi ravijuhendeid kui kontrolli vahendit. Motiveerimine on palju tõhusam tööriist. Kui arst näeb registrist andmeid oma patsientide kohta, kelle tulemused ei ole head, kuid samas järgib ta ravijuhendeid, siis kuidas edasi? Eestis tegutsevad arstid justkui pimesi, sest nad ei tea, mis nende patsientidega edasi toimub. On mingi ülevaade individuaalsel tasandil, aga ei ole tööriistu, mille abil patsiente ja nende tervises seisundi muutusi reaalselt jälgida. Arstid ütlevad, et nende töö teeb väärtuslikuks see, kui nad näevad, et nende patsientidel läheb paremini.

Eesti tervishoiu oluline probleem on seotud tervishoiu rahastamisega. Eesti ravikindlustuse ülesehitus ei võimalda lisaraha tervishoidu tuua. Sisuliselt saavad haigekassa reservid otsa juba 2017. aastal. Maaailma Terviseorganisatsioon on selle kohta teinud raporteid, kuid valitsus ei võta midagi ette. Eesti on riik, kus on ühed võimekamad inimesed, kellega olen kohtunud. Kahju on vaadata, et tervishoiu rahastamises jalutab Eesti kaljult alla. Seda ei ole vaja, alati on midagi, mida saab ära teha.

Millest peaksime alustama?

Olukorda tuleb jälgida, analüüsida ja algatada vastavalt tegevusi. Viimased kümme aastat ei ole Sotsiaalministeerium selleks võimeline olnud – puudu on efektiivsest juhtimisest ja peamiselt seetõttu, et puudub vastav struktuur.

Tervishoiusüsteem on siin üles ehitatud nii, et see hõlmab paljusid osapooli: teil on terviseminister, haigekassa, tervishoiuteenuse osutajad, e-tervise sihtasutus. Ükskõik, mida teha tahate, peate kõiki osapooli kaasama. See pole võimatu, aga nõuab võimekat koordineerimist.

Isiklikult arvan, et alustama peaks kliinilistest andmebaasidest nii haiglates kui ka esmatasandil. Teadmine, mida teha ning võimalus näha, kas patsientidel läheb paremini, annab tööriista tõhusa meeskonna loomiseks. Teadmatuse on Eestis suur probleem. Teie õed lahkuvad, vähemalt pooled neist ei tööta oma erialal ja selle põhjuseks pole palk, vaid suhtumine. Ajalooliselt on kujunenud nii, et õed, arstid ja patsiendid on eri tasandil, aga see ei saa nii olla. Arstid ei saa kõike ise teha, näiteks ei ole nad patsientide õpetamises väga head. Patsientidele meeldib arsti vastuvõtule minna, kuid õed on juhendamises palju paremad.

Kuigi Teie meelest on Eestis e-tervisega üsna hea seis, ei ole paljud arstid siiski rahul. Kuidas peaksime siit edasi liikuma?

Kindlasti ei ole vaja osta mingit suurt e-tervise süsteemi. Tuleb alustada lihtsatest asjadest, just väikesed asjad võivad edu tagada. E-tervisega on see probleem, mille kohta ma kasutaksin väljendit „asünkroonne“: andmeid kogutakse, aga

ei anta kasulikuna tagasi. Mingid osad töötavad üpris hästi, näiteks pildipank, aga arsti töölaud võiks olla oluliselt mitmekesisem: arst ei näe, kui paljud tema patsientidest on diabeetikud, vaid ta peab igapäev eraldi vaatama; ei näe laboritestide tulemusi koos, ei saa nende hulgast otsida jm.

Milline e-tervis on patsiendi vaates hea?

Arusaam, mille kohaselt arst teeb kindlaks määratud tegevused juhendi või listi järgi, peaks vahetuma. Peaksime liikuma selles suunas, et arsti ülesanne on tagada parim tulemus patsiendile. See on teistsugune käsitus. Patsienti tuleb õpetada, et patsient saaks aru, mida ta vajab, samuti tuleb teda motiveerida õigeks tervisekäitumiseks.

Millist ressursi oleks meil esmatasandil juurde vaja?

Oluline on, et teenused oleksid olemas ja patsiendile lihtsasti kättesaadavad, kuid see ei tähenda, et kõik spetsialistid peaksid olema igas perearstipraksises palgal. Teenuste organiseerimine sõltub sellest, kuidas oleks nende korraldamine loogiline. Linnades ja maapiirkondades oleks see kindlasti erinev. Tulenevalt patsientide vajadustest võiks kättesaadavad olla näiteks dietoloog, toitumisharjutaja, podiatrist. Vaja oleks juurde füsioterapeute – neid on, aga mitte esmatasandil. Ilmselt oleks vaja ka tervishoiu ja ergonoomika spetsialiste. On vaja uusi erialasid ning juba olemasolevatele erialadele palju inimesi lisaks.

Teiste kogemustest õppimine on oluline, aga samas teeme näiteks oma ravijuhendeid. Kas peaksime seda teed jätkama või pigem keskenduma sellele, et kohandada rahvusvahelisi juhendeid?

Võin jagada soovitusi, kuid kokkuvõttes sõltub ka siinsest süsteemist, milliseid juhendeid on võimalik ise välja töötada või milliseid kohandada. Tasakaalu peate ise leidma, kuid ma pigem kulutaks vähem raha juhendite väljatöötamisele ja pööraks rohkem tähelepanu sellele, kuidas neid ellu viiakse, et nad tegelikkuses ka ravitulemusi parandaks. Tõendid ütlevad selgelt, et kui juhendite väljatöötamisse ei kaasata praktiseerivaid arste, ei leia juhendid kasutust.